



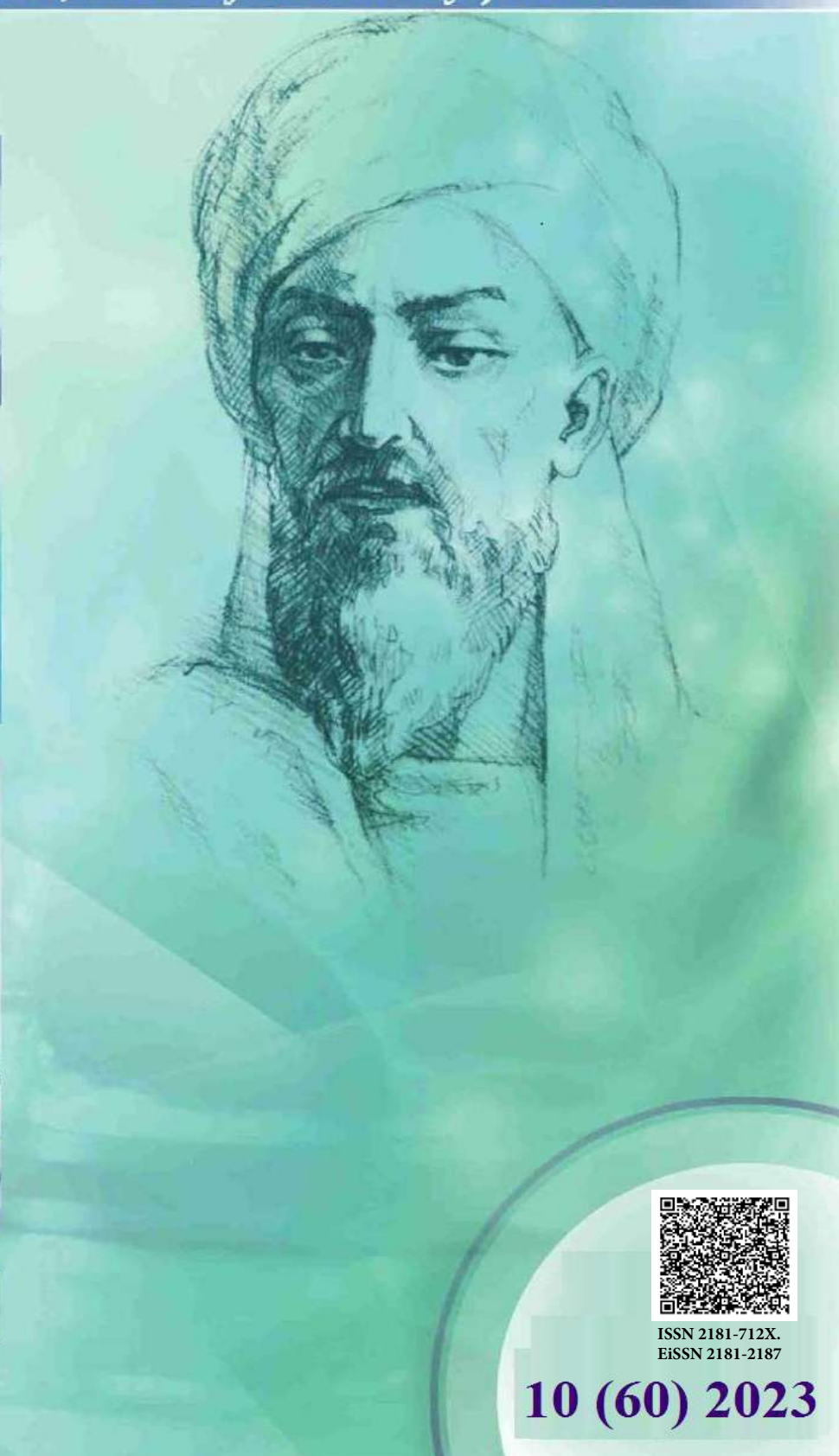
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (60)

2023

октябрь

Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 616.24-002.951.21-06-089

МОДЕРНИЗИРОВАНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ

Салимов Ш.Т. <https://orcid.org/0000-0002-2065-6627>

Абдусаматов Б.З. <https://orcid.org/0000-0002-4830-7453>

Усманов Х.С. <https://orcid.org/0000-0002-4060-1682>

Пирназаров И.П. Email: PirnazarovI@mail.ru

Эргашев М.Р. Email: ErgashevM@mail.ru

Элмуродов Ш.Х. Email: ElmurodovSh@mail.ru

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район,
ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz
Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии
детского возраста. г. Ташкент. Узбекистан.

✓ Резюме

Не умаляя достоинства традиционных эхинококкэктомий, считаем, что подход к выбору метода операции должен быть строго дифференцированным.

Эхинококковые кисты диаметром более 50 мм, а также, рецидивные кисты, осложненных нагноением, мы по мере накопления опыта позволили себе трактовать как «относительные» противопоказания к видеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого, в лечении эхинококкоза легких эндовидеохирургическая эхинококкэктомия является и должна быть приоритетной.

Ключевые слова: Эхинококковые кисты, современные подходы оперативного лечения, эхинококкэктомии легкого у детей

MODERN APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT FOR LUNG ECHINOCOCCECTOMY IN CHILDREN

Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z., Usmanov Kh.S., Pirnazarov I.P.,
Ergashev M.R., Elmurodov Sh.Kh.

Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825; E-mail: info@tma.uz
Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endovisual Surgery of Children.
Tashkent city. Uzbekistan.

✓ Resume

Without detracting from the advantages of traditional echinococcectomies, we believe that the approach to choosing a surgical method should be strictly differentiated.

Echinococcal cysts with a diameter of more than 50 mm, as well as recurrent cysts complicated by suppuration, as we gain experience, we allowed ourselves to interpret as “relative” contraindications to videothoracoscopic echinococcectomy of the lung; in the treatment of pulmonary echinococcosis, endovideosurgical echinococcectomy is and should be a priority.

Key words: Echinococcal cysts, modern approaches to surgical treatment, lung echinococcectomy in children

BOLALARDA O'PKA EXINOKOKSKEKTOMIYASINI JARROR YO'LDA DAVOLASHGA ZAMONAVIY YUNDASHULAR

Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z., Usmanov Kh.S., Pirnazarov I.P.,
Ergashev M.R., Elmurodov Sh.Kh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.uz
Respublika bolalar minimal invaziv va endovizual jarrohligi ilmiy-amaliy markazi, Toshkent shahri.
O'zbekiston.

✓ **Rezyume**

An'anaviy echinokokkektomiyalarning afzalliklarini yo'qotmasdan, biz jarrohlik usulini tanlashga yondashuvni qat'iy ravishda farqlash kerak deb hisoblaymiz.

Diametri 50 mm dan ortiq bo'lgan echinokokk kistalari, shuningdek, yiringlash bilan asoratlangan takroriy kistalar, tajriba orttirganimizdan so'ng, biz o'pkaning videotorakoskopik echinokokkektomiyasiga "nisbiy" kontrendikatsiyalar sifatida izohlashga imkon berdik; o'pka endovideokokkozini davolashda, echinokokkektomiya ustuvor hisoblanadi va bo'lishi kerak.

Kalit so'zlar: Exinokokk kistalari, jarrohlik davolashga zamonaviy yondashuvlar, bolalarda o'pka exinokokktomiyasi

Актуальность

Эхинококкоз является тяжелым распространенным паразитарным заболеванием и продолжает оставаться серьезной медицинской и народнохозяйственной проблемой во многих странах мира.

Быстрое развитие легочной хирургии изменило тактику хирургов в отношении отдельных видов хирургического вмешательства при эхинококкозе легких [1,3]. Диагностическая и лечебная торакоскопия используется в клинической практике почти с начала прошлого столетия, показания к ней длительные годы были довольно ограничены. Однако в последние годы благодаря созданию миниатюрных эндовизуальных камер и инструментария для выполнения эндоскопических операций, оперативная торакоскопия переживает свое второе рождение, и показания к ее применению постоянно расширяются [2,4-7].

Опосредованная визуализация объекта операции, отсутствие видимого взаиморасположения анатомических структур, жесткая фиксация эндоскопа и манипуляторов к операционным портам регламентируют осмотр и подход к органам строго под определенным углом [8,9]. В то же время именно точность установки всех портов является одним из основных факторов, определяющих успех эндоскопической операции. Недостаточно разработанная техника обеспечения эндоскопического доступа рассматривается как одна из причин его конверсии и интраоперационных осложнений. Данное обстоятельство диктует необходимость разработки теоретических и технических аспектов обеспечения оптимального эндоскопического доступа [10].

Все это диктует необходимость раннего оперативного вмешательства и требует нового подхода в решении вопроса хирургической тактики. У детей практически не изучена возможность торакоскопического лечения эхинококкэктомии легких, не совершенствована методика видеоторакоскопической операции, не определены показания и противопоказания к ее выполнению.

Цель работы: - улучшить результаты хирургического лечения детей с эхинококковой болезнью легких путем применения новых технологий.

Материал и методы

В Республиканском научно-практическом центре малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста за период с 2005- по 2022 г было прооперировано 72 детей с эхинококковой болезнью легких в возрасте от 2 до 16 лет. Большинство детей было в возрасте старше 10 лет (35-48,6%). Мальчиков было 49 (68,1%), девочек 23 (31,9%).

В диагностике эхинококкоза легких основным методом являлись; рентгенологическое исследование грудной клетки, УЗИ, серологические реакции на эхинококкоз (ИФА), при затруднении в постановке диагноза, определении локализации и объема кист – проводилась МСКТ органов грудной клетки.

Результат и обсуждение

Правостороннее поражение легкого эхинококкозом наблюдалось чаще, чем левостороннее 51 (70,8%) и 14 (29,2%) соответственно, двустороннее поражение в 11,1% случаев (8 больных).

В большинстве случаев встречались одиночные - солитарные кисты 48 (66,6%), множественные кисты имели место у 24 (33,4%) детей. По малые кисты наблюдались в – 10 (13,8%), средние – в 31 (43,1%), большие и гигантские кисты в – 22 (30,5%) случаях

(классификация А.Т. Пулатова -1999). Большого диаметра кисты, как показывают наши наблюдения, чаще встречаются у детей старшего школьного возраста.

По локализации эхинококковые кисты в ткани легкого чаще выявлялись в нижних периферических сегментах (это относилось в основном к большим и средним кистам), центральное расположение кисты встречалось реже в 11,1% случаях (8- больных).

Бессимптомное течение отмечено нами у 23 (31,9%) детей. Однако у 9 больных нам удалось выявить скрытые симптомы: периодически возникающие кратковременные боли в грудной клетке, ухудшение аппетита, единичный кашель, недомогание, потливость.

Основными жалобами во второй стадии заболевания в 35 наблюдениях (48,6%) были боли в грудной клетке на стороне поражения различной интенсивности, усиливающиеся при подвижных играх и физической нагрузке. У 23 (31,9%) пациентов отмечался упорный сухой кашель, который плохо поддавался медикаментозной терапии. У больных отмечалось снижение аппетита, общая слабость, повышенная утомляемость, потливость, которому родители на начальном этапе заболевания чаще не придавали должного внимания. У трети детей наблюдались аллергические проявления.

При неосложненном эхинококкозе, эхинококковая киста представляла собой округлую, либо овальную гомогенную более или менее интенсивную тень с четкими краями на фоне легочной ткани.

Осложненное течение заболевания в легких наблюдалось у 13 (18,1%) больных. Из них у 6 (8,3%) детей наблюдалось нагноение эхинококковой кисты с прорывом в бронх, у 5 (6,9%) установлен - прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость. У 2 (2,8%) больных отмечалось нагноение кисты без перфорации хитиновой оболочки,

Клиническое проявление прорыва эхинококкоза в бронх (4 -6% пациента) сопровождалось повышением температуры тела до 38-39°C, приступами сильного кашля с выделением большого количества прозрачной или мутной жидкости с обрывками хитиновой оболочки вместе с мокротой и прожилками крови.

Нагноения кисты характеризовались признаками острого воспалительного процесса. У этих детей наблюдалось повышение температуры тела (до 38-39° С), сухой кашель, боли в пораженной стороне грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, общая слабость, отсутствие аппетита.

У 2 (2,8%) больных прорыв эхинококковой кисты легкого в плевральную полость развивался с проявлениями и симптомами плевропульмонального шока. Отмечалась резкая боль в грудной клетке, беспокойство, многократная рвота, затрудненное дыхание - одышка, слабость, адинамия, заторможенность. Вскоре к указанным симптомам присоединялись аллергические проявления.

Прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость (5 (6,8%) больных) рентгенологически напоминал картину плеврита, на рентгенограмме определялся уровень жидкости и газовый пузырь над ней, или вместо горизонтального уровня жидкости наблюдалась волнистость или выпуклость, что было обусловлено спаданием хитиновой оболочки паразита - симптом «плавающей хитиновой оболочки», или «серповидного просветления», «симптом скомканной бумаги». Эти изменения напоминали деструктивную пневмонию и ее осложнения, что вызывало определенные сложности в диагностике эхинококкоза легких.

Все больные в зависимости от характера примененных оперативных вмешательств были разделены на 2 группы. Контрольная группа – 31 больной, были оперированы традиционными доступами. У 41 пациентов основной группы, была проведена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия.

При выполнении эхинококкэктомии из легкого в контрольной группе (31 пациент) использовали традиционный доступ – межреберная торакотомия через V и VI межреберье. Из существующих методов капитонажа остаточной полости при традиционных эхинококкэктомиях легких мы использовали способы по Дельбе у 14 (45,1%), А.В.Вишневному у 8 (25,8%) и А.Т. Пулатову у 7 (22,6%). Резекция доли легкого проведена у 2 (6,5%) пациентов.

В первые сутки послеоперационного периода, во всех случаях больным 2-3 раза с целью обезболивания использовали наркотические анальгетики. Продолжительность обезболивания пациентов составила до 4 суток. Из-за сильного болевого синдрома активация больных в

первые 2-3 суток была затруднена, движения в постели ограничены. Кашель и трудное отхождение мокроты сопровождалось сильными болями в области послеоперационной раны. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (9,7%) больных (у 2 наблюдалась послеоперационная пневмония, у 1 экссудативный плеврит). Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после традиционной эхинококкэктомии легких составила $11 \pm 1,3$ к/дня.

При отборе больных для видеоторакоскопической операции учитывали локализацию и число кист, характер поражения легочной ткани, наличие в анамнезе хирургических вмешательств на стороне поражения.

Видеоторакоскопическую эхинококкэктомию выполняли с односторонней вентиляцией, т.е. с интубацией правого или левого главного бронха. Положение больного на операционном столе – на здоровом боку. Использовали 4 троакара. После установки первого 5 мм троакара с видеооптикой, инсуфлировали CO_2 в плевральную полость под давлением 6-8 мм.рт.ст. Далее вводили остальные 3 троакара.

Расположение троакар: для проведения ВТВ в верхнем этаже плевральной полости для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по парастеральной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – IV межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по парастеральной линии. Для астенического типа: для оптики - VI межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по парастеральной линии. Для проведения ВТВ в среднем этаже плевральной полости для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V и III межреберья по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – IV и II межреберья по среднеключичной линии. Для астенического типа: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – VI и III межреберья по среднеключичной линии.

Для проведения ВТВ в нижнем этаже плевральной полости спереди для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – IV межреберье по задней подмышечной линии и в III межреберье по среднеключичной линии. Для астенического типа: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – VI межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по среднеключичной линии.

Для проведения ВТВ в нижнем этаже плевральной полости сзади для нормостенического и астенического типов грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – III межреберье по передней подмышечной линии и V межреберье по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – III межреберье по передней подмышечной линии и IV межреберье по среднеключичной линии.

При необходимости миниторакотомии ее выполнение было оптимальным для верхнего этажа в IV, в среднем этаже - в V, в нижнем этаже спереди в VI, а сзади в VII межреберьях в зоне, лежащей между задней и передней подмышечной линиями. При этом максимально старались избегать пересечения мышц (мышечные волокна раздвигались послойно, кроме межреберных мышц).

Для того чтобы уже дооперационно знать оптимальные зоны введения троакаров при выполнении ВТВ при той или иной патологии нами условно плевральная полость, полученная путем реконструкции снимков на МСКТ, разделена на 4 этажа: верхняя, средняя и нижняя, в которой мы еще выделили переднюю и заднюю поверхности. Необходимо отметить, что чем на

большее число этажей мы делим плевральную полость, тем оптимальны искомые нами зоны введения троакаров. Кроме деления на этажи каждую грудную клетку мы рассматривали еще и с позиции ее типа. На основе имеющихся нескольких вариантов зон введения троакаров выбирали наиболее оптимальный в каждом конкретном случае. То есть оптимальные зоны введения троакаров нами определены в зависимости от типа грудной клетки и локализации объекта вмешательства.

Первым этапом при видеоторакоскопической эхинококкэктомии выполняли ревизию плевральной полости и легкого, для выявления спаечного процесса, дополнительных эхинококковых кист. При сращениях в плевральной полости их разделяли монополярной коагуляцией и ножницами. Область предполагаемого вкола иглы в области эхинококковой кисты обкладывали салфетками пропитанными 80% раствором глицерина для профилактики обсеменения окружающих тканей кистозной жидкостью и соблюдения принципов апаразитарности. Следующим этапом выполняли пункцию кисты иглой, подключенной к аспиратору и содержимое кисты эвакуировали с помощью вакуум экстрактора. Затем в оставшуюся полость кисты вводили 80% раствор глицерина подогретый до 60° С, с экспозицией ее на 10-15 минут для ее санации, затем глицерин удалялся через вакуумотсос. После этого монополярной коагуляцией вскрывали фиброзную капсулу, создавали окошко для введения 10мм вакуум отсоса для эвакуации хитиновой оболочки с остатками жидкости (в отличии от распространенного метода удаления с помощью эндоконтейнера). Образовавшую фиброзную капсулу вновь обрабатывали 80% раствором глицерина, подогретым до 60°С, с экспозицией на 10-15 мин, затем глицерин удалялся опять-таки через вакуумотсос. В пределах здоровой легочной ткани фиброзную капсулу циркулярно иссекали монополярными коагуляционными ножницами, остаточную полость вводили физиологический раствор, для выявления бронхиальных свищей, которые ушивали нитью PDS II 3/0 или коагулировали биполярным коагулятором, затем полость ушивалась кисетными швами. После ликвидации остаточной полости операцию завершали дренированием плевральной полости. При невозможности ликвидировать остаточную полость ее дренировали полихлорвиниловой трубкой с боковыми отверстиями. В 4 (5,5%) случаях из-за гигантской кисты со множественными крупнокалиберными бронхиальными свищами было выполнено сочетание троакарных доступов с миниторакотомией (длиной разреза не более 5см).

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2 (4,9%) больных: остаточная полость - у 1 (2,5%), экссудативный плеврит - у 1 (2,5%), которые разрешились после консервативной терапии.

Таблица 1.

Сравнительная оценка послеоперационных результатов лечения в сравниваемых группах

	Традиционная эхинококкэктомия (n=31)	Торакоскопическая эхинококкэктомия (n=36)
Общая продолжительность операции (минуты)	75±10	65±7
Продолжительность применения анальгетиков (сутки)	4,3±0,5	2,2±0,4
Начало активации больного после операции (сутки)	3,5±0,6	2±0,5
Длительность пребывания больного в стационаре	11±1,3	7,4±1,2

Больных, как правило, выписывали из стационара на 6-8-е сутки после операции. Средние сроки пребывания больного в стационаре составили 8,4±1,2 к/дня. Рецидивов после торакоскопической эхинококкэктомии легкого в течении 1,5-2 лет (при правильном приеме антипаразитарных препаратов - альбендозол), в послеоперационном периоде не наблюдали.

Итак, наш опыт показывает, что использование эндовизуальной техники в хирургии эхинококкоза легких оправдано и является перспективным направлением

в лечении паразитарных кист легких.

При этом значительно сокращается расход медикаментов, сроки пребывания пациентов в стационаре ($8,4 \pm 1,2$ к/д), сроки восстановления физической активности больного и получается хороший косметический эффект.

Заключение

Не умаляя достоинства традиционных эхинококкэктомий, считаем, что подход к выбору метода операции должен быть строго дифференцированным.

Эхинококковые кисты диаметром более 50 мм, а также, рецидивные кисты, осложненных нагноением, мы по мере накопления опыта позволили себе трактовать как «относительные» противопоказания к видеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого, в лечении эхинококкоза легких эндовидеохирургическая эхинококкэктомия является и должна быть приоритетной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Arinc S, Kosif A, Ertugrul M, et al. Evaluation of pulmonary hydatid cyst cases. // Int J Surg. 2009 Jun; 7(3):192-5.
2. Dagtekin A, Koseoglu A, Kara E, et al. /Unusual location of hydatid cysts in pediatric patients. // Pediatr Neurosurg. 2009; 45(5):379-83.
3. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A, Zaouche A. /Management of cystic echinococcosis complications and dissemination: where is the evidence? // World J Surg. 2009; 33:1266–1273.
4. Гумеров, М.И. Хирургическое лечение эхинококкоза легких у детей: / автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Уфа, 2003. - 20 с.
5. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Ким В.С. К выбору этапности и доступа при сочетанном множественном эхинококкозе печени и легких. // Проблема эхинококкоза: Тез.докл. науч.-практ. конф. Махачкала, 2000;66-67.
6. Кулакеев О.К., Кадырбаев Т.К., Абдурахманов Б.А. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза легких и печени// Ж. Хирургия Узбекистана. 2001;3:46-47.
7. Лапина Т.В. Диагностика и лечение рецидивного эхинококкоза легких и печени множественной и сочетанной локализации. / Автореф. дис... канд. мед. наук: М. 2005;24.
8. Порханов В.А. Торакоскопическая и видеоконтролируемая хирургия легких, плевры и средостения: / Автореф. дис... д-ра мед. наук. М 1996;36.
9. Разумовский А.Ю, Митупов З.Б. Эндохирургические операции в торакальной хирургии у детей. – М. : ГЭОТАР – Медиа. 2010;8.
10. Шулутко А.М., Овчинников А.А., Ясногородский О.О., Мотус И.Я. Эндоскопическая торакальная хирургия. / М: Медицина 2006;391.

Поступила 10.09.2023